

11237
Zej
76



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
C.H. "20 de Noviembre" ISSSTE
División de Pediatría

**ANALISIS DE LAS NEUMOPATIAS EN
LACTANTES Y PREESCOLARES ATENDIDOS
EN EL C. H. "20 DE NOVIEMBRE"
(JULIO 1982 - JUNIO 1983)**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

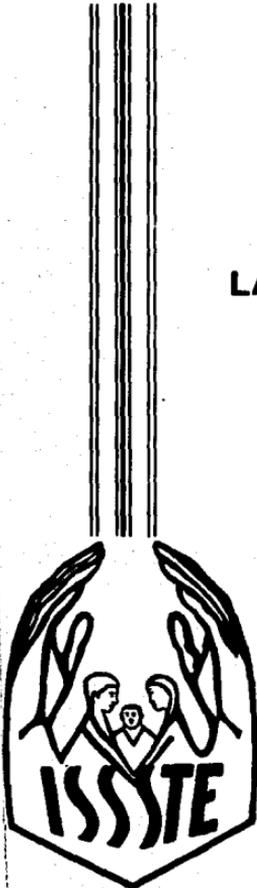
T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

P r e s e n t a :

Dra. Ma. Elena Beatriz Medina Domínguez

1983-1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	4
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	17
COMENTARIOS	28
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36

El diagnóstico oportuno de las enfermedades respiratorias crónicas mejora notablemente su pronóstico. Por supuesto no todas estas enfermedades son curables; sin embargo el control y rehabilitación apropiadas a cada una de ellas permite llevar al niño una vida lo más cerca a la normalidad. Por otro lado aquellas que son curables, trastornarán menos el crecimiento y desarrollo del niño entre más tempranamente se atiendan.

La amplia variedad de padecimientos respiratorios y diversidad de los mismos, dificulta su integración sistematizada, no existiendo en forma general estudios que orienten de la frecuencia global de los mismos, especialmente de los crónicos. Sin embargo durante la estancia de 2 años en el C. H. "20 de Noviembre", despertó la inquietud el saber qué tipo de enfermedades ocurren con más frecuencia en nuestro medio y saber cuáles de éstas han sido persistentes o recurrentes, y cómo fueron estudiadas. En base a eso poder proponer alguna ruta de estudios para detectar en forma más temprana un mayor número de enfermedades crónicas en los lactantes y preescolares.

En el presente trabajo se clasificaron las neumopa-

tías en niños menores de 6 años que en algún momento estuvieron hospitalizados en el servicio de "Lactantes Cardiopulmonar" del C. H. "20 de Noviembre", en el período comprendido entre julio de 1982 a junio de 1983. Dentro de este grupo de pacientes se analizaron aquellos que tuvieron sintomatología respiratoria por más de 3 meses o bien que la recurrencia de su problema haya ameritado hospitalización por 3 o más veces en un año. Esto evidencia los problemas agudos y crónicos de mayor incidencia en nuestro medio y en base a eso se propone una ruta diagnóstica para el paciente con neumopatía crónica con lo que se podrá enfocar con mayor precisión respecto a medidas preventivas, de diagnóstico precoz y óptimo manejo.

GENERALIDADES

Las enfermedades respiratorias en la infancia están sujetas a diversos factores como son la edad, cambios estacionales, distribución geográfica condiciones socioeconómicas y factores genéticos. Así por ejemplo, el neonato tendrá alteraciones condicionadas por la prematurez, asfixia neonatal o infecciones intrauterinas. En el primer año de vida, la falta de antígenos específicos contra ciertos patógenos favorece las infecciones por neumococos y virus. Es también de interés mencionar que en estos menores de un año se encuentra una muy pequeña luz bronquial y bronquiolar que predispone a las bronquiolitis (3).

Refiriéndonos a los cambios estacionales, estos son de interés en las infecciones y en el asma: en las épocas de más bajas temperaturas predominan las enfermedades respiratorias agudas virales. Estas mismas infecciones y el frío son factores desencadenantes de crisis asmáticas (3).

Respecto a la distribución geográfica podemos mencionar la influencia sobre el asma en ciertas áreas como son los sitios con gran número de pólenes y esporas, o las gran-

des ciudades con su polución. Tiene importancia además la influencia de las grandes altitudes en las enfermedades respiratorias de tipo crónico pues agravan la hipoxemia con que cursan estas enfermedades (3).

Ya anteriormente fue mencionada la presencia de problemas respiratorios agudos y crónicos en la infancia. Aún a pesar de no existir una barrera específica entre los mismos hay ciertas características en cada grupo.

Las enfermedades respiratorias agudas a cualquier nivel del tracto respiratorio tienen como principal etiología los agentes infecciosos. La principal razón es que el recién nacido y el lactante tienen un estado transitorio de niveles bajos de anticuerpos que permite el inicio de infecciones virales y bacterianas. Este estado inmunitario se explica de la siguiente manera: el recién nacido adquiere en forma transplacentaria anticuerpos del tipo IgG que sólo lo protege contra ciertas infecciones, alrededor de las 4 a 6 semanas de vida se inicia la destrucción de dichas inmunoglobulinas. Al iniciarse esa destrucción, en forma simultánea el niño inicia la formación pasiva de anticuerpos de acuerdo a la exposición antigénica que vaya teniendo. Si a estas condiciones adver--

sas se le agregan condiciones ambientales desfavorables como son el hacinamiento, frío, humedad, falta de higiene, convivencia con animales o ingesta mal balanceada de alimentos, -- las infecciones respiratorias no tendrán limitaciones.

Las infecciones respiratorias agudas más frecuentes son, de arriba hacia abajo: laringotraqueítis, causada en la mayoría de los casos por virus y en pocos por *Hemofilus influenzae*; le sigue la bronquitis y bronquiolitis, afección generalmente viral de vías aéreas más pequeñas que produce gran acúmulo de secreciones impidiendo el libre paso del aire, -- cualquiera de estas dos últimas se encuentra en pocas ocasiones en forma aislada ya que más frecuentemente se asocia a infecciones de vías aéreas superiores o inferiores. Por último se encuentra la infección a nivel alveolar que produce la -- bronconeumonía generalmente por neumococo, estafilococo o *Hemofilus* y en raras ocasiones por enterobacteriaceas, *Klebsiella* y virus. En todos los casos mencionados se llega al -- diagnóstico por la observación clínica principalmente, apoyándose en la radiografía de tórax o bien de cuello en el caso de laringotraqueítis para descartar cuerpo extraño. Los cultivos para saber el agente etiológico son de poca utilidad ya que existe en las vías aéreas superiores flora bacteriana nor

mal que contaminaría la muestra de las vías aéreas inferiores a su paso por las primeras, de ahí que son poco recomendables. (3, 4).

Existe otro tipo de enfermedades agudas que no tienen un origen infeccioso, que son las neumonías por aspiración. Son frecuentes en los lactantes pudiendo ocurrir por descuido en la técnica alimentaria al forzar al niño a comer o falta de vigilancia en las regurgitaciones o en los vómitos. En el lactante mayor y en el preescolar es frecuente la ingesta de cuerpo extraño como sería botones, seguros, semillas u otro objeto pequeño, que desgraciadamente se dirige hacia las vías respiratorias pudiendo producir la muerte inmediata o dificultad respiratoria. En ocasiones pasa desapercibido manifestándose posteriormente como infección crónica (4).

En el lado opuesto de esta sencillez en el diagnóstico se encuentran los problemas crónicos. A pesar de no existir informes globales de estas enfermedades crónicas, bien es sabido que su existencia en los menores de 6 años es baja. Sin embargo, el diagnóstico oportuno es de suma importancia para su pronóstico. Quedan incluidas en las enfermedades pulmonares crónicas, aquellas manifestaciones respiratorias per-

sistentes por más de 3 meses o bien que la recurrencia de los episodios amerite manejo hospitalario por 3 veces o más al año. En este grupo de enfermedades se incluyen diferentes etiologías, fisiopatologías, auxiliares de diagnóstico y pronósticos. Los síntomas que la mayoría comparten son tos, dificultad respiratoria en diversos grados detención del crecimiento y desarrollo y la predisposición a infecciones agregadas en forma frecuente (5,6).

Dada la variabilidad de estos padecimientos, es difícil clasificarlos, en forma general se pueden incluir en los siguientes grupos.

1.- DE TIPO INFECCIOSO. Enfermedades respiratorias multitratadas y/o maltratadas de tipo bacteriano, de vías aéreas superiores o inferiores. En este grupo también se incluye la tuberculosis. El uso por tiempo y dosis adecuada del antibiótico específico es lo más conveniente para su manejo, o bien por estimulación del aparato inmunológico por medio de vacunas antibacterianas. En el caso de la tuberculosis con el uso de antituberculosos correspondientes (7).

2.- DE TIPO ALERGICO. Se incluye el síndrome sinu-

bronquial y el asma. En todo paciente con rinitis crónica se debe buscar en forma intencionada afección pulmonar y etiología alérgica. Para esto es de utilidad la radiografía de senos paranasales, búsqueda de eosinofilia y de eosinófilos en moco nasal. Al pensar en asma bronquial no sólo se descartará etiología alérgica, pues la hiperreactividad bronquial es desencadenante de las crisis asmáticas. Es por eso que se dice que no todos los asmáticos son atópicos ni todos los atópicos son asmáticos. Por tanto hay que tomar en cuenta los factores que provocan hiperreactividad bronquial para el estudio de un paciente asmático como son: infecciones respiratorias, ejercicios, aire, frío, emociones, polvo, cambios meteorológicos bruscos y reflujo gastroesofágico, etc. (8,9,10,11).

3.- ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO Y HERNIA HIATAL. El 40% de los casos de neumopatía crónica en el lactante tiene como etiología esta enfermedad, ya sea como productor de neumopatía recurrente, por broncoaspiración o bien, al producir asma intratable por irritación constante con estimulación de la hiperreactividad bronquial, por aspiración frecuente no percatada por la madre. El diagnóstico se basa en la positividad de varias pruebas como el esofagograma y endoscopia principalmente, con la manometría y gamagrafía esofági-

ca como complemento. Recordando que no siempre que hay hernia hiatal existe reflujo y viceversa. (12,13).

4.- PROBLEMAS CONGENITOS. De tipo pulmonar, esofágico y cardiovasculares, entre los primeros están las malformaciones generales como el síndrome de Kartagener, síndrome de ataxia-telangiectasia, acondroplasia, etc., otras malformaciones pulmonares como la agenesia, aplasia o hipoplasias pulmonares y las formas quísticas. Malformaciones vasculares como fistulas, o telangiectasias pulmonares y presencia de tejidos aberrantes como los secuestros. (14, 15).

De las esofágicas está la fistula con o sin atresia. De las cardiovasculares, todas las cardiopatías congénitas, - entre las más frecuentes: comunicación interventricular, comunicación interauricular, tetralogía de Fallot. Por último algunas de las vías aéreas superiores como la ríngomalasia, traqueomalasia, anillos vasculares o presencia de bronquios o divertículos traqueales. Cualquiera de estos problemas implica estudios más sofisticados entre ellos la broncografía, aortografía, esofagograma, cateterismo cardiaco, electrocardiograma, laringoscopia, broncoscopia, tomografía lineal, ultrasonografía, etc. de acuerdo a la mayor sospecha que se tenga (14, 15).

5.- ALTERACIONES EN EL MECANISMO DE LA DEGLUCION.

En pacientes con malformaciones en el paladar o con alteraciones en los músculos de la deglución, principalmente en aquellos niños que cursaron con hipoxia neonatal, el diagnóstico se hace con esofagograma con mecanismo de la deglución. (15).

6.- BRONQUIECTASIAS. Es un padecimiento congénito o adquirido que predomina antes de los 4 años de edad manifestándose como tos crónica con periodos de exacerbación con fiebre, aumento de la expectoración y de dificultad respiratoria. La radiografía de tórax muestra opacidades gruesas aún en estadios asintomáticos. El diagnóstico se confirma con broncoscopia y broncografía. (16).

7.- MUCOVISCIDOSIS O FIBROSIS QUISTICA. Es el síndrome genético letal más frecuente en la niñez. En México se presenta entre 1:1200 a 1:2000 nacimientos, lo que representa de 750 a 1000 casos nuevos por año. Su transmisión es autosómica recesiva, presentando alteraciones en todas las glándulas de secreción exocrina con manifestaciones en aparato respiratorio y digestivo. Se puede confundir con asma, bronquitis, tosferina, sinubronquitis, diarreas prolongadas, síndrome de mala absorción, etc. Para el diagnóstico se toma en

cuenta antecedentes de íleo meconial, prolapso rectal, diarrea prolongada más problemas respiratorios inespecíficos y retraso en la curva ponderal. No es imprescindible la presencia de todos ellos. La radiografía de tórax sólo mostrará datos que sugieran atrapamiento de aire. El diagnóstico definitivo es dado por niveles superiores a 60 mEq/l de sodio y cloro en sudor. (17, 18).

8.- CUERPOS EXTRANOS. Ante la presencia de sintomatología respiratoria mal definida y persistente con signos radiológicos de atelectasia, bronquiectasia, abscesos o pleure--sías y habiendo descartado etiología infecciosa o congénita -- habrá que tener en mente las aspiración desapercibida de un -- cuerpo extraño e indicar broncoscopia para corroborarlo misma que a la vez podría servir de tratamiento. (19).

9.- DEFORMACIONES DE LA PARED TORACICA. Cualquiera que ésta sea, incluyendo el pectum excavatum y en quilla que -- son los más frecuentes, limitan los movimientos respiratorios produciendo un patrón restrictivo pulmonar además de acúmulo -- de secreciones e infecciones recurrentes. (19).

10.- DE TIPO INMUNOLOGICO. A diferencia del asma y -

sinubronquitis que son de origen alérgico mediados por IgE, en este grupo se encuentran otros padecimientos más complejos por inmunodeficiencia celular, humoral o mixta. El inicio clínico de muchas de estas enfermedades, que no sólo tienen manifestaciones respiratorias, son las infecciones de vías aéreas de repetición en los primeros años de vida. Entre las principales están: hipoplasia de timo, hipogama globulinemias, enfermedad de Wiskott Aldrich, síndrome de ataxia-telangiectasia, etc. Otras por presencia de algún antígeno específico como sucede en la alveolitis alérgica extrínseca o en la alergia a algunas proteínas de alimentos. Estos pacientes requieren de un estudio inmunológico integral. (20,21).

11.- TUMORES INTRALUMINALES. Algunos primarios como la neurofibromatosis o el granuloma eosinofílico y otros metastásicos como el tumor de Wilms, sarcoma osteogénico y el hepatoma. El diagnóstico se sospecha al encontrar alguna opacidad que sugiera tumoración en la radiografía de tórax aunada a la sintomatología respiratoria crónica y la sintomatología específica de cada tumor. (2).

De esta forma tenemos una visión muy general de la variedad de problemas respiratorios en los niños menores de 6

años tanto agudos como crónicos y los estudios más útiles para llegar al diagnóstico preciso y oportuno y en base a eso - instalar el tratamiento apropiado.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio clínico observacional, - transversal y retrolectivo. Se incluyeron en dicho estudio - los niños mayores de un mes y menores de 6 años (lactantes y preescolares) que en algún momento fueron hospitalizados en - el servicio de "Lactantes Cardiopulmonar" del C. H. "20 de No- viembre", durante el período comprendido entre julio 1982 a - junio de 1983. Se tomarón en cuenta sólo aquellos pacientes que presentaban cualquier tipo de enfermedad pulmonar y se -- excluyeron aquellos pacientes que solo ingresaron por padeci- miento cardíaco.

Se identificaron 298 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión especificados, de éstos sólo un 77% pu- do ser estudiado por no poderse localizar los expedientes del 23% restante.

Se recolectó la siguiente información: motivo de in- greso, antecedentes de importancia para el mismo, recurrencias complicaciones y estudios realizados para llegar al diagnósti- co. Para esto se buscó intencionadamente la edad del pacien- te, antecedentes heredofamiliares de enfermedad respiratoria

principalmente asma , enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística y tuberculosis; antecedentes personales patológicos de atopia (alergia medicamentosa, urticaria, neurodermatitis); diagnósticos a su ingreso y egreso, recurrencias del padecimiento o cronicidad del mismo; número de defunciones - - (causa y diagnóstico) y por último exámenes realizados en relación al problema respiratorio. En forma secundaria se analizó el sexo, y alguna enfermedad agregada a la de base que pudo -- predisponer a la misma.

Todos estos datos fueron llevados a una cédula de recolección de datos en forma individual y posteriormente a una cédula de concentración de los mismos.

Se hizo especial énfasis en los pacientes con problemas respiratorios recidivantes o cuyo padecimiento motivó hospitalización por 3 o más veces en un año, recabando en éstos - los diagnósticos establecidos y los estudios solicitados.

En los diferentes padecimientos detectados se analizaron la distribución por grupos de edad, enfermedades agregadas que condicionaron o favorecieron el problema respiratorio, complicaciones, defunciones, estudios realizados y número del cuadro clínico.

R E S U L T A D O S

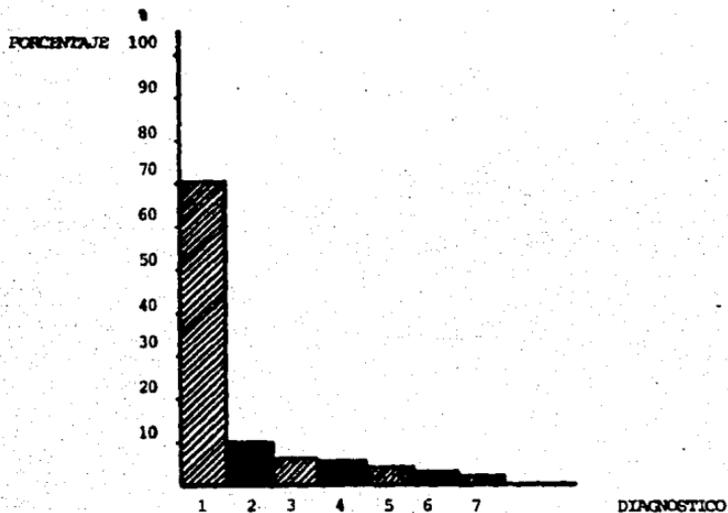
De los 228 pacientes estudiados encontramos predominio en el sexo masculino con 136 (59.6%) pacientes contra 92 (40.3%) del sexo femenino. Hubo 216 (94.7%) pacientes con diagnósticos de enfermedad respiratoria de tipo agudo, predominando en ellos la bronconeumonía en un 69% (Fig. 1) y sólo 12 (5.3%) pacientes en quienes el diagnóstico de egreso se pudo catalogar como padecimiento de tipo crónico; entre estos últimos hubo 8 diagnósticos diferentes (fig. 2).

DISTRIBUCION POR EDADES: En los lactantes menores fueron más frecuentes las enfermedades agudas como las bronconeumonías, bronquitis y bronquiolitis. En los lactantes mayores lo fue el asma y laringotraqueobronquitis y en los preescolares (29 pacientes) los problemas respiratorios fueron variados (cuadro 1). En cuanto a las enfermedades que se catalogaron como crónicas no se encontró ningún preescolar afectado y al igual que en las agudas predominaron los lactantes menores (10 de 12 pacientes) (cuadro 2).

ENFERMEDAD AGREGADA. Del total de los pacientes estudiados, 51 (22.3%) tuvieron otra enfermedad relacionada con

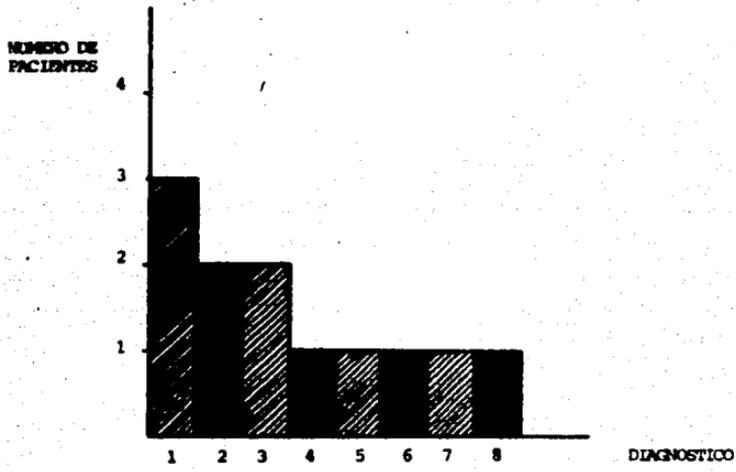
FIGURA 1

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA: FRECUENCIA EN 216 PACIENTES



- 1.- BRONCONEUMONIA
- 2.- BRONQUITIS
- 3.- ASMA
- 4.- BRONQUIOLITIS
- 5.- LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS
- 6.- NEUMONIA
- 7.- ASPIRACION DE CUERPO EXTRAÑO

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS: DISTRIBUCION EN 12 PACIENTES.



- 1.- NEUMOPATIA CRONICA
- 2.- LARINGOMIASIA
- 3.- TUBERCULOSIS PULMONAR
- 4.- ESTRIDOR LARINGEO CONGENITO
- 5.- NEUMONIA DESCAMATIVA
- 6.- PROBABLE FIBROSIS QUISTICA
- 7.- PROBABLE NEUMONIA LIPOIDICA
- 8.- QUISTES PULMONAR PERIFERICO

C U A D R O 1

N E U M O P A T I A A G U D A

Diagnóstico en las diferentes edades.

DIAGNOSTICO	LACTANTE MENOR	LACTANTE MAYOR	PREESCOLAR	TOTAL.
Bronconeumonía	94 (43.5%)	40 (18.5%)	17 (7.9%)	151
Bronquitis	11 (5.1%)	6 (3.8%)	4 (1.8%)	21
Asma	1 (0.5%)	5 (2.3%)	7 (3.2%)	13
Bronquiolitis	10 (4.6%)	2 (0.9%)	-	12
LTB*	3 (1.4%)	6 (2.8%)	-	9
Neumonía	3 (0.5%)	2 (0.9%)	1 (0.5%)	6
Aspiración de cuerpo extraño	1 (0.5%)	2 (0.9%)	1 (0.5%)	4
	123 (57.0%)	64 (29.6%)	29 (12.9%)	216

*Laringotraqueobronquitis

C U A D R O 2

N E U M O P A T I A C R O N I C A .

Diagnóstico en las diferentes edades.

DIAGNOSTICO	LACTANTE MENOR	LACTANTE MAYOR	PREESCOLAR	TOTAL.
Neumopatía cró nica.	3	-	-	3
Laringomalasia	2	-	-	2
TBP*	1	1	-	2
Estridor Laringeo congénito	1	-	-	1
Neumonía descamati va.	-	1	-	1
Prob. Mucoviscí- dosis	1	-	-	1
Prob. Neumonía Lipídica	1	-	-	1
Quiste pulmonar periférico	1	-	-	1
	10	2	0	12

*Tuberculosis pulmonar.

el problema respiratorio, de las cuales el 62.7% fueron cardiopatías congénitas (Fig. 3).

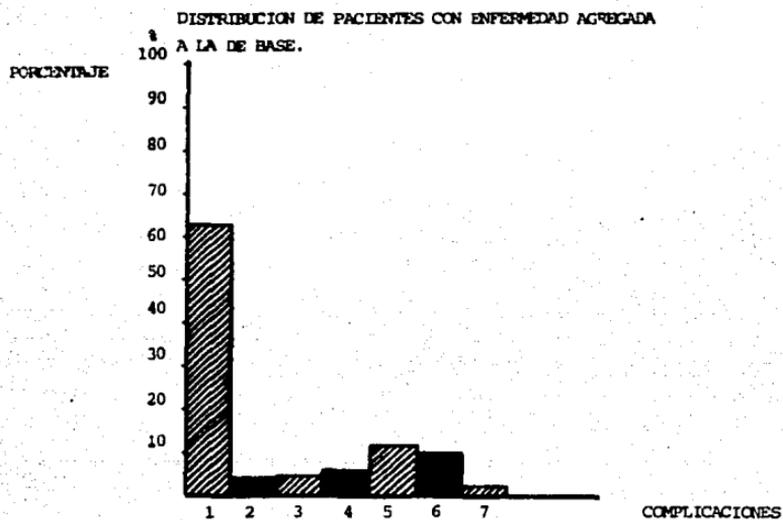
COMPLICACIONES. Se encontraron un total de 36 - - (16.2%) pacientes con complicaciones, las más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca en niños sin cardiopatía de base (54%) y la insuficiencia cardíaca con cardiopatía agregada (21.6%) (cuadro 3).

DEFUNCIONES. La mortalidad de la población estudiada fue el 2.2% (5 pacientes) y los diagnósticos y causas de la defunción se detallan en el cuadro 4.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRONICA. Del total de pacientes estudiados, 87 (35.2%) tuvieron recurrencias y de éstos 40 (46%) requirieron internamiento en más de 3 ocasiones en un año o menos. Los diagnósticos de estos pacientes fueron tanto de tipo agudo como crónico (cuadro 5).

De los pacientes con más de 3 recurrencias, a 17 -- (42.5%) se les encontró en sus internamientos la causa o factor predisponente de sus recurrencias por medio de los exámenes realizados, habiendo predominado en los mismos las cardio

FIGURA 3



- 1.- CARDIOPATIA CONGENITA
- 2.- ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE)
- 3.- PROBLEMA NEUROLOGICOS (RETRASO PSICOMOTRIZ Y EPILEPSIA)
- 4.- PARASITOSIS (ASCARIS)
- 5.- MALFORMACIONES
- 6.- SINDROME DIARREICO PROLONGADO
- 7.- DISPLASIA BRONCOPULMONAR

C U A D R O 3

Complicaciones en los pacientes estudiados.

Insuficiencia cardíaca sin cardiopatía	20 (54.0%)
Insuficiencia cardíaca con cardiopatía	8 (21.6%)
Atelectasia	3 (8.1%)
Empiema	2 (5.4%)
Pneumatocele	1 (2.7%)
Taquicardia Supraventricular	1 (2.7%)
Absceso Pulmonar	1 (2.7%)

36 (100.0%)

C U A D R O 4

Defunciones en los pacientes estudiados.

CAUSA DE MUERTE	DIAGNOSTICO AL FALLECER.
1.- Broncoaspiración	1.- Bronconeumonía. Cardiopatía congénita.
2.- Insuficiencia Respiratoria aguda.	2.- Bronconeumonía, síndrome -- diarreico prolongado, proba- ble mucoviscidosis.
3.- Edema agudo pulmonar	3.- Neumopatía crónica no espe- cificada.
4.- Insuficiencia respira- toria aguda	4.- Bronconeumonía, Cardiopatía congénita.
5.- Insuficiencia cardíaca	5.- Bronconeumonía, cardiopatía congénita.

C U A D R O 5

Diagnósticos en los pacientes con más de 3 recurrencias por año.

DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES
Bronconeumonía	24 (60%)
Asma	11 (27.5%)
Bronquitis	2 (5.0%)
Neumopatía Crónica	1 (2.5%)
Quiste pulmonar Periférico	1 (2.5%)
Tuberculosis pulmonar	1 (2.5%)

patías congénitas (8 pacientes) y asma (5 pacientes). En -- los restantes los diagnósticos fueron: tuberculosis, quiste -- pulmonar periférico, enfermedad por reflujo gastroesofágico y neumonía apical.

A los otros 23 (57.5%) pacientes con recurrencias -- no se les encontró un diagnóstico ni causa predisponente que explicará dichas recurrencias. A 13 de ellos sólo se les realizó radiografía de tórax y bimetría hemática y a los otros -- 10 estudios de tipo inmunológico (inmunoglobulinas), citolo-- gía nasal, electrocardiograma, etc., sin integrar diagnósti-- co.

De los 228 pacientes hubo 7 con síntomas persisten-- tes por más de un mes en 6 (85.8%) se llegó al diagnóstico. -- De estos 7 sólo 3 tuvieron persistencia por más de 3 meses.

COMENTARIOS

Existen muy pocos estudios sistematizados a cerca de las enfermedades respiratorias prevalentes en lactantes y preescolares y por ende tampoco se han establecido normas que estandaricen y faciliten el diagnóstico de los pacientes con este tipo de enfermedades.

Previo a este estudio no existía en el C. H. "20 de Noviembre" un análisis de los problemas respiratorios en niños menores de 6 años y sobre todo que se enfatizara en los problemas crónicos para ayudar a su diagnóstico y manejo. En este estudio pese a que fue retrospectivo y la muestra estudiada pequeña, fue suficiente para darnos cuenta de la necesidad de estudios pro y retrospectivos semejantes a fin de encontrar una visión objetiva y actualizada de los problemas respiratorios en este grupo de edad.

El estudio puso en evidencia lo esperado, es decir, se encontró predominio de las enfermedades respiratorias agudas (bronconeumonía, bronquitis, asma, bronquiolitis, asma - bronquitis y laringotraqueitis): mayor frecuencia de las mismas enfermedades en los lactantes que en preescolares como ha

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29

sido mencionado en la literatura. (2).

En cuanto a los problemas crónicos, no existen estudios previos que los engloben y que nos indiquen la frecuencia de los mismos sabiéndose sólo que son poco frecuentes en menores de 6 años, más no por eso poco importantes. De este estudio nos dimos cuenta que pocos pacientes fueron diagnosticados como crónicos, el hecho de que en los pacientes estudiados no se haya seguido una sistematización para su diagnóstico nos deja dudas a cerca de la real frecuencia de estos problemas en nuestro medio. Esto no quiere decir que los pacientes estuvieron bien o mal diagnosticados; sin embargo nos damos cuenta que de los niños estudiados que habían tenido recurrencias algunos pudieron haber modificado su diagnóstico y con ello su pronóstico de haber seguido una sistematización en su estudio.

En los resultados se observa el predominio de las enfermedades en los lactantes en relación a los preescolares. Esto tiene una posible explicación y es que en el servicio -- donde se hospitalizaron los pacientes de este estudio maneja principalmente lactantes y en forma ocasional preescolares. Sin embargo es difícil concentrar a estos últimos pacientes

por no haber un sitio específico dentro del hospital donde se maneje a este tipo de pacientes.

Otro punto que llama la atención es que a pesar de que la muestra estudiada fue pequeña, se estudiaron dos años consecutivos en un hospital de concentración y durante este tiempo no se encontraron algunos problemas que aunque poco -- frecuentes si existen en el grupo de edad estudiado, por ejemplo: trastornos en el mecanismo de la deglución, deformidades de la pared torácica, bronquiectasias y fibrosis quística. -- además fueron pocos los casos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, displasia broncopulmonar y tuberculosis esto -- nos impulsa más a tratar de sistematizar el estudio de las enfermedades respiratorias y a pensar más frecuentemente en el tipo de enfermedades mencionadas previamente.

En síntesis se encontraron enfermedades respiratorias agudas y crónicas y de estos últimos observamos en los resultados que hubo dos tipos de pacientes. Uno el minoritario con síntomas persistentes, en los cuales el diagnóstico -- no se dificultó. Y el otro grupo con sintomatología recurrente en el que no se siguió ninguna sistematización en su estudio, encontrando de esta manera algunos pacientes con biome--

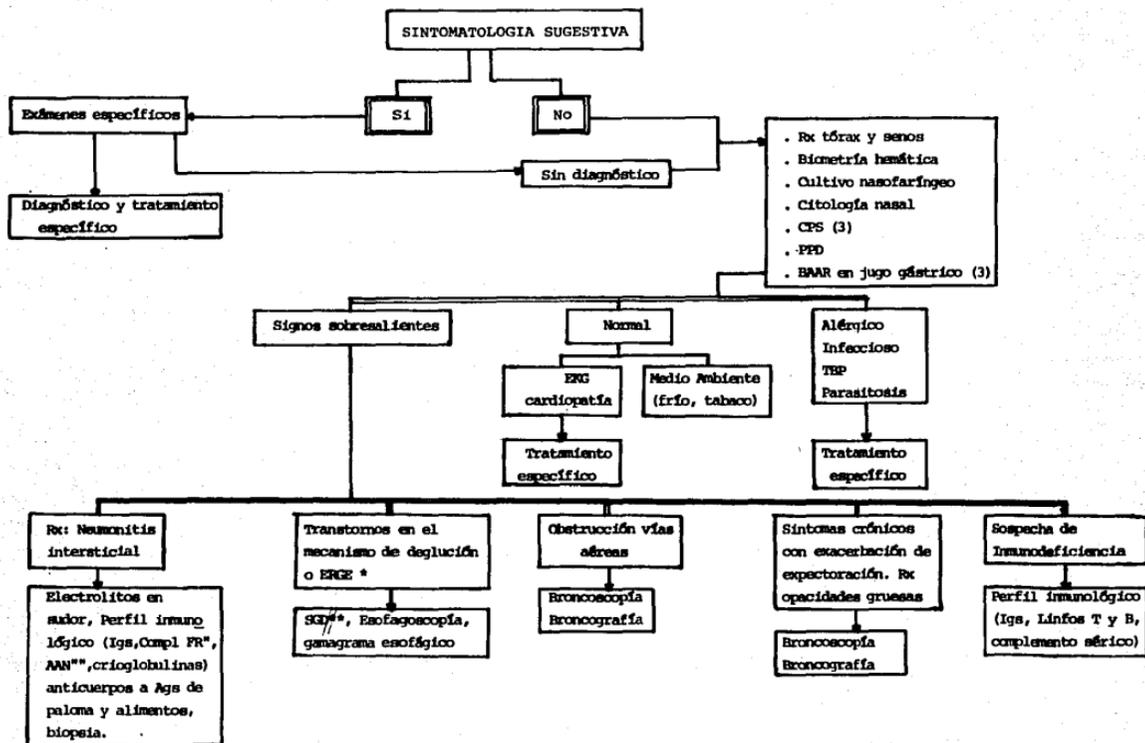
tría hemática, otros con citología nasal o electrocardiogramas o determinación de inmunoglobulinas en forma indistinta sin haber llegado a ninguna conclusión diagnóstica en la mitad de ellos. Esto nos habla de la necesidad de llevar un orden en el estudio de este tipo de pacientes, es por eso que en el presente trabajo se propone el siguiente plan de estudio para el paciente lactante y preescolar con problemas respiratorios crónicos. (fig. 4).

Cuando se tiene un cuadro clínico obvio como sería una cardiopatía congénita, alteraciones de la pared torácica, paladar hendido, hernias diafragmáticas, síndrome de Kartagener o alguna otra malformación pulmonar, lo indicado es realizar los exámenes específicos para confirmarlos como ya se ha mencionado anteriormente. (21).

Sin embargo nos encontraremos con cuadros clínicos persistentes o recurrentes sin explicación aparente, en este caso existen varios pasos a seguir.

La más frecuente y fácil, además de ser lo menos invasivo posible es la búsqueda de infección crónica mal tratada, problemas alérgicos, parasitarios o tuberculosis pulmo

PROBLEMAS RESPIRATORIOS CRONICOS



* ERGE : Enfermedad por Refujo Gastroesofágico

** SGD : Serie Esofagogastrroduodenal

" FR : Factor Reumatoide

** AAN : Anticuerpos Antinúcleo

nar. En esos casos se solicita como rutina radiografía simple de tórax y de senos paranasales, biometría hemática, cultivos nasal y faríngeo, citología nasal, coproparasitoscópico, prueba de la tuberculina y BAAR en jugo gástrico. (7, 8, 21).

Si con esta primera serie de estudios no se encontró ninguno de los grupos mencionados, es decir, que los exámenes fueron normales, se tiene que pensar en cardiopatía congénita aún a pensar de no existir soplo cardíaco u otra signología evidente. Se requiere entonces para su estudio un electrocardiograma y de ser concluyente de alteración se procede al cateterismo cardíaco para el plan de control. (19, 21).

Existen también niños que tendrán los exámenes mencionados normales sin otro dato de patología. En ellos muchas veces hay influencia del medio ambiente como el tabaco o el frío excesivo, por lo que se deben buscar intencionalmente. (10, 15).

El último grupo a estudiar son aquellos pacientes - en los que exista algún signo o síntoma sobresaliente, más no concluyente de alguna enfermedad y que quizá de los exámenes anteriormente mencionados tuvieron algunos positivos en for-

ma indistinta. Estos pacientes se podrán estudiar en alguna de las siguientes formas:

1.- Enfermedad por reflujo gastroesofágico y los trastornos de la deglución. Requieren serie esofago gastro-duodenal con mecanismo de deglución y en ocasiones si existe duda se realiza gamagrama esofágico.

2.- Si hay obstrucción de vías aéreas se recurre a la broncoscopia y broncografía. (21).

3.- Paciente con síntomas persistentes con exacerbaciones de expectoración y fiebre con radiografía de tórax - - con opacidades gruesas, aún en periodos de remisión, se requiere de broncoscopia y broncografía en búsqueda de bronquiectasias o abscesos pulmonares. (16).

4.- Paciente con radiografía con datos de neumonitis intersticial, se descarta en primer lugar mucoviscidosis con la determinación de sodio y cloro en sudor, y después otros problemas de origen inmunitario y autoinmunitarios para lo que se solicita determinación de anticuerpos contra antígenos específicos como los de paloma o a proteínas de algunos alimen-

tos. Así mismo un perfil inmunológico incluyendo inmunoglobulinas, complemento sérico, linfocitos T y B, anticuerpos antinúcleo y crioglobulinas. En ocasiones es preciso la biopsia pulmonar, ya sea por punción o a cielo abierto, si con los datos anteriores no se ha podido integrar un diagnóstico. (19, 20, 21).

5.- Por último descartar deficiencias inmunológicas congénitas tanto humoral, celular y mixta, para lo que se solicita inmunoglobulinas, complemento sérico, linfocitos T y B. (3,19,21).

Con este seguimiento se espera lograr un 90% de éxito en el diagnóstico de problemas respiratorias persistentes y recurrentes y con ello una mejoría en el pronóstico así como disminución del tiempo de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

- 1.- En nuestro medio predominan las enfermedades respiratorias agudas.
- 2.- Las complicaciones más frecuentes y que pueden en algún momento llevar a la muerte a los pacientes con enfermedad respiratoria aguda son las descompensaciones cardiorrespiratorias.
- 3.- El porcentaje de enfermedades respiratorias crónicas es menos que habitualmente reportado a pesar de ser éste un hospital de concentración.
- 4.- No existen problemas para el diagnóstico de los pacientes con sintomatología respiratoria persistente, sin embargo ameritan una mejor sistematización en su estudio los pacientes con sintomatología respiratoria recurrente para la mayor detección de problemas crónicos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Compendio de estadísticas vitales de México, 1975. Dirección General de Bioestadística de SSA, México.
- 2.- Burrows B. Knudson R., Lebowitz M.: The relationship of - Childhood Respiratory Illness to Adult Obstructive Airway Disease. Am Rev Respir Dis 11:751-760, 1977.
- 3.- Vaughan V., McKay J., Behrman R.: Nelson Textbook of Pediatrics, 11 th ed. 1148-1248 W Saunders U.S.A. 1977.
- 4.- Kendig D., Alteraciones de las Vías Respiratorias de los Niños Vol. 1. Transtornos pulmonares, 2a. ed. Salvat Ed. España 1977.
- 5.- Taussing L., Smith S., Blumenfeld R.: Chronic Bronchitis in Childhood: What is It, Pediatrics 67(1):1-5, 1981.
- 6.- Cloutier M., Loughin G.: Chronic Cough in Children a Manifestation of Airway Hyperreactivity. Pediatrics 67 (1):-- 6-12, 1981.
- 7.- Pérez L., Ridaura C y cols: Bases para el Diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar en el Niño. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 41(3):155-161, 1984.

- 8.- Meltzer E., Zeiger R., Schatz M.; Rinitis Crónica en lactantes y Niños; Consideraciones Etiológicas, Diagnósticas y Terapéuticas. Clin. Ped. NAA 5:831-853, 1983.
- 9.- Schwatz R et al.: Children With Chronic Asthma: Care by de Generalist and de Specialist. Ped Clin NA. 31(1):87--103, 1984.
- 10.- Neijens H. Duiverman E., Kerrebijn K.: Reactividad Bronquial en los Niños. Clin. Ped. NA 5:813-830, 1983.
- 11.- Eigen H., Laughlin J., Jomrinhausen J.: Recurrent Pneumonia in Children and its Relationship to Bronchial Hypersensitivity. Pediatrics 70 (5):698-704, 1982.
- 12.- Berquist W., Reachelefsky G., et al.: Gastroesophageal -- Reflux Associated Recurrent Pneumonia and Chronic Asthma in Childre. Pediatrics 68 (1):29-35, 1981.
- 13.- Allen C., Newhouse M.: Gastroesophageal Reflux and Chronic Respiratory Disease. Am Rev Respir Dis 129:645,647, 1983.
- 14.- Opitz H.: Enciclopedia Pediátrica Vol. VII 152, 337, 1976.
- 15.- Segundo Curso Monográfico sobre Aspectos Médicos y Quirúrgicos en Neumología Pediátrica y Primer Encuentro Latinoamericano de Neumólogos Pediatras realizado en el Instituto Nacional de Pediatría del 15 al 19 de octubre de 1984, en México, D. F.,

- 16.- Davis P., Hubbard V., McCoy K.: Familiar Bronchiectasis
J. Pediatrics 102(2):177-185, 1983.
- 17.- Matthews L., Drotar D.: Cystic Fibrosis A Challenging -
Long-term Chronic Disease. Ped Clin NA 31(1):133-152, --
1984.
- 18.- Cortina J.: Fibrosis Quística (Mucoviscidosis) Resumen -
de Síntomas Diagnóstico y Tratamiento, Asociación Mexica
na de Fibrosis Quística 1-41, 1984.
- 19.- Gerbeaux J., Couvreur J., Tournier G: Patología Respira-
toria en el Niño 1a. ed. Salvat Ed. España, 1979.
- 20.- Miranda G., Paredes J., Bibriesca F. y cols.: Un Caso de
Neumopatía Intersticial Crónica (Alveolitis Alérgica Ex-
trínseca) Rev Med IMSS 19(2): 165-175, 1981.
- 21.- Pedroza A. Pérez L.: Guía de Estudios del Niño con Sin--
tomas Respiratorios Crónicos. Servicio de Cirugía de Tó-
rax, Instituto Nacional de Pediatría 1-14, 1981.

Vo,Bo,

DR. ENRIQUE ABOGADO RODRIGUEZ
PROF. TITULAR DEL CURSO DE
POSGRADO EN PEDIATRIA ANTE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO EN EL C. H. "20 DE
NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

DR. WILLIAM NAVARRETE Y PINEDA
JEFE DE ENSEÑANZA DEL
C. H. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

DRA. FLORENCIA VARGAS V.
JEFE DE INVESTIGACION Y
DIVULGACION DEL C. H.
"20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

DR. VICTOR MANUEL FUENTES GONZALEZ
ASESOR DE TESIS Y MED. ADSC.
AL SERV. DE MEDICINA PERINATAL DEL
C. H. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.